

**En quoi consistent les Services d'alimentation et de nutrition ?**

Les Services d'alimentation et de nutrition aident les ménages à acheter de la nourriture admissible dans des magasins de vente au détail autorisés. Cela augmentera le pouvoir d'achat alimentaire des ménages à faible revenu, qui pourront ainsi avoir des repas plus nourrissants.

**Comment faire la demande de Services d'alimentation et de nutrition ?**

**Étape 1. Remplissez cette demande :** Vous avez le droit de recevoir un formulaire de demande si vous le souhaitez. Si vous ne pouvez pas remplir toute la demande aujourd'hui, elle sera acceptée si vous inscrivez votre nom, votre adresse et signez au bas de cette page. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez nous le faire savoir et nous vous aiderons.

**Étape 2. Remettez la demande au Département local des Services sociaux (DSS) dès que possible :** Vous pouvez envoyer par courrier, par fax ou apporter la demande au bureau local du DSS. La date à laquelle nous recevons votre demande avec votre nom, adresse et signature est également la date de début de votre demande de Services d'alimentation et de nutrition. Si vous êtes admissible aux Services d'alimentation et de nutrition pendant le mois où vous faites la demande, la quantité de Services d'alimentation et de nutrition que vous obtiendrez pour ce mois dépendra de la date à laquelle vous avez remis votre demande. Plus vite vous remettez cette demande, plus vite nous saurons si vous pouvez obtenir les Services d'alimentation et de nutrition.

**Étape 3. Dialoguez avec nous :** Un agent de traitement des dossiers doit s'entretenir avec vous ou avec une personne que vous aurez choisie pour vous représenter. Cela est fait dans le but de déterminer si vous pouvez obtenir les Services d'alimentation et de nutrition. Si vous n'êtes pas en mesure d'assister à votre entretien aujourd'hui, veuillez en informer le ou la réceptionniste ou un agent de traitement des dossiers pour que nous puissions organiser un entretien pour vous.

**Informations à propos des numéros de sécurité sociale, de la citoyenneté américaine et du statut d'immigration.**

Vous pouvez décider de ne pas faire de demande pour vous-même ou pour les membres de votre ménage et vous ne serez pas obligé(e) de répondre à des questions à propos des numéros de sécurité sociale et concernant la citoyenneté/l'immigration des personnes pour lesquelles vous avez décidé de ne pas faire de demande. En ce qui concerne chaque personne pour laquelle vous faites une demande, vous devez fournir des informations à propos des numéros de sécurité sociale et du statut d'immigration/citoyenneté. La fourniture d'un numéro de sécurité sociale est requise par la loi sur l'alimentation et la nutrition pour les personnes qui demandent des prestations. Nous ne communiquerons pas les numéros de sécurité sociale à l'INS. Nous utiliserons seulement le numéro de sécurité sociale que vous nous donnerez pour établir des correspondances informatiques et vérifier ce que vous nous avez dit auprès des agences d'État et des agences fédérales, du Système de vérification de l'admissibilité, des autres systèmes de correspondance informatique, pour les examens des programmes et les audits. Ces informations peuvent être vérifiées auprès d'autres sources lorsque l'on décèle des différences, qui peuvent affecter l'admissibilité de votre ménage et le niveau des prestations. Vous devez être un citoyen américain (États-Unis) ou un étranger admissible et vous devez satisfaire les conditions requises en vertu des règles des Services d'alimentation et de nutrition afin d'obtenir les Prestations des services d'alimentation et de nutrition. Nous contacterons uniquement le service USCIS pour vérifier le statut d'immigration des membres du ménage ayant donné leurs documents d'immigrants. Si un demandeur ne fournit pas ces informations, il ne sera pas admissible aux prestations. Les membres du ménage doivent fournir leurs informations financières parce qu'elles sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité des personnes qui font une demande. Les membres admissibles du ménage qui font une demande pourront obtenir des prestations même si certaines personnes dans le ménage ne demandent pas de prestations. Le montant des prestations dépendra du nombre de personnes qui demandent des prestations.

**Avez-vous besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?**

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande de Services d'alimentation et de nutrition, veuillez nous le faire savoir afin que nous puissions vous aider. Avez-vous besoin d'aide pour vous aider à remplir cette demande ?

Oui  Non

**Avez-vous besoin d'un interprète pour vous aider à faire une demande de Services d'alimentation et de nutrition ?**

Un interprète peut vous être proposé, gratuitement, si vous avez besoin d'aide pour faire une demande de Services d'alimentation et de nutrition.

Souhaiteriez-vous un interprète pour vous aider ?

Oui  Non

Si usted necesita ayuda al solicitar los beneficios de Cupones de Alimentos, se le puede otorgar los servicios gratuitos de un intérprete, ¿ Quisiera que un intérprete lo ayude ?

Sí  No

**Parlez-nous de votre ménage**

<b>Nom :</b>			
_____	_____	_____	_____
<i>Prénom</i>	<i>Deuxième prénom</i>	<i>Nom de famille</i>	<i>Pseudonyme</i>
<b>Adresse où vous vivez : Depuis quand vivez-vous à cette adresse ?</b>			
_____	_____	_____	_____
<i>Rue</i>	<i>Ville</i>	<i>État</i>	<i>Code postal</i>
<b>Adresse postale si elle est différente de celle qui est mentionnée ci-dessus :</b>			
_____	_____	_____	_____
<i>Rue</i>	<i>Ville</i>	<i>État</i>	<i>Code postal</i>
<b>Quelle langue parlez-vous ?</b>			
_____			
<b>Comment pouvons-nous vous joindre ?</b>			
_____	_____	_____	_____
<i>Numéro de téléphone du domicile</i>	<i>Numéro de téléphone portable</i>	<i>Numéro de téléphone au travail</i>	<i>Autre numéro de téléphone</i>
_____	_____	_____	_____
<i>Signature</i>	<i>Date</i>	<i>Signature du témoin (si votre signature est une X)</i>	

**Avez-vous besoin d'une personne pour faire la demande ou pour utiliser vos Services d'alimentation et de nutrition ?**

Si vous voulez qu'une autre personne que vous fasse la demande, utilise ou obtienne des informations à propos de vos prestations, veuillez cocher la case ci-dessous. Si vous cochez la réponse **oui**, nous vous remettrons ou vous enverrons un formulaire. Vous et la personne que vous avez choisie pour vous aider pouvez remplir le formulaire et le renvoyer à notre bureau. Si vous choisissez cette option, cette personne recevra une carte EBT (carte de transfert électronique de prestation) et aura accès à vos Services d'alimentation et de nutrition. Une carte EBT (carte de transfert électronique de prestation) est une carte en plastique que vous utilisez au magasin pour acheter de la nourriture. Avez-vous besoin qu'une personne (représentant autorisé) vous aide à obtenir et/ou à utiliser vos Services d'alimentation et de nutrition ?  Oui  Non

**Quand obtiendrai-je mes Services d'alimentation et de nutrition ?**

Si vous êtes admissible pour obtenir les Services d'alimentation et de nutrition, vous les obtiendrez dans les **30 jours calendaires** à partir de la date à laquelle vous remettez la demande signée et accompagnée de votre nom et adresse. Si vous faites une demande de FNS et de SSI en même temps auprès d'une Institution, la date de dépôt de la demande est déterminée lorsque la demande est remise à l'agence. Vous pouvez obtenir les Services d'alimentation et de nutrition dans les **7 jours calendaires** si vous satisfaites les conditions requises pour les prestations accélérées. Afin de procéder à une évaluation de votre situation concernant l'attribution de prestations accélérées, assurez-vous d'avoir fourni les informations nécessaires en répondant aux questions concernant le revenu de votre ménage, les éléments d'actif et les dépenses et si quelqu'un est travailleur migrant ou ouvrier agricole saisonnier. Votre ménage peut se trouver en situation d'urgence si :

- Le revenu mensuel brut de votre ménage est inférieur à 150 \$ et les liquidités ou encaisses de votre ménage sont inférieures à 100 \$ ou si le loyer, l'hypothèque et les services publics de votre ménage sont supérieurs au revenu mensuel brut et aux liquidités et soldes des comptes en banque de votre ménage ou
- Vous ou un membre de votre ménage êtes un travailleur agricole saisonnier/migrant.

**Prestations accélérées**

Les informations qui suivent vont nous aider à déterminer si le demandeur et les personnes dans son ménage peuvent être admissibles à un Service d'alimentation accéléré.	Montant
Quel est le revenu mensuel brut comptable total de votre ménage ?	
Quel est le montant total des liquidités/de l'épargne du ménage ?	
Quel est le montant des coûts mensuels d'hébergement (loyer ou emprunt) que le ménage paie ?	
Le cas échéant, quel est la norme utilitaire appropriée (norme utilitaire standard ou SUA [STANDARD UTILITY ALLOWANCE], norme utilitaire de base ou BUA [BASIC UTILITY ALLOWANCE], norme utilitaire téléphonique ou TUA [TELEPHONE UTILITY ALLOWANCE]) ?	
Un membre du ménage est-il migrant ou travailleur agricole saisonnier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, remplissez a – d Si non, allez à la section suivante	
a. Son travail a-t-il pris fin récemment ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
b. Est-ce que le seul revenu reçu pendant le mois de la demande a pris fin avant aujourd'hui ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c. Va-t-il ou va-t-elle recevoir 25 \$ ou moins provenant d'un nouvel employeur dans les 10 jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
d. Est-ce que ses moyens flottants tels que les espèces, compte courant/épargne seront égaux ou inférieurs à 100 \$ ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Parlez-nous des personnes qui sont dans votre ménage**

Votre ménage est constitué de vous et de toutes les personnes qui vivent avec vous, même si ce ne sont pas des parents. Remplissez le tableau ci-dessous pour toutes les personnes de votre ménage et indiquez si vous faites une demande pour ces personnes. Joignez une feuille de papier si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour remplir cette section. Nous déterminerons qui doit être inclus dans votre dossier de Service d'alimentation et de nutrition.

Nom (Prénom, deuxième prénom et nom de famille)	Lien de parenté avec vous	Situation de famille	Date de naissance	Sexe M/F	Faites-vous une demande ? (Oui/non)	*Facultatif *Sécurité sociale Numéro	*Facultatif Citoyen des États-Unis ? (Oui/Non)	*Facultatif Hispanique ou Latino ? (Oui/Non)	*Facultatif Appartenance ethnique (voir ci-dessous)
	Moi-même								

\*Les numéros de sécurité sociale et les informations concernant la citoyenneté ne sont pas nécessaires pour les personnes qui ne font pas de demande de prestations.

\*Ne pas répondre aux questions sur l'ethnicité ou la race n'affecte pas les prestations ou leur niveau. Lorsque les informations ne sont pas communiquées, l'agence les recueillera par observation lors de l'entretien. La communication de ces informations facilitera la distribution des prestations du programme sans considération de la race, de la couleur ou de l'origine nationale (ces informations ne sont utilisées qu'à des fins statistiques).

\*APPART. ETHN. : Choisissez un ou plusieurs numéros qui s'appliquent et inscrivez-le ci-dessus pour indiquer la Race : 1 - Indien Américain/natif d'Alaska  
2 - Asiatique 3 - Noir Américain/Afro- Américain 4 - Natif d'Hawaïi/d'une autre île du Pacifique 5 - Blanc

Êtes-vous un résident de cet État ?  Oui  Non

Vivez-vous ici :  de façon permanente ou  de façon temporaire ?

Veuillez vérifier le type de conditions de vie qui décrit le mieux votre ménage. Je vis/nous vivons dans une  maison,

- Foyer de soins pour adultes,  Centre de traitement des addictions (alcool et/ou drogue),  Foyer de groupe,  maison de transition,  hôtel,  
 Institution,  Centre de traitement résidentiel,  Refuge pour les femmes battues et pour leurs enfants,  
 Autre \_\_\_\_\_ À quelle date ces conditions de vie ont-elles commencé ? \_\_\_\_\_

Est-ce que tout le monde dans votre maison achète de la nourriture et cuisine des plats ensemble ?  Oui  Non Si **ce n'est pas le cas**, qui achète séparément ?

Nom de la ou des personnes qui achètent séparément ? \_\_\_\_\_

Est-ce que quelqu'un dans votre ménage a une carte EBT ?  Oui  Non Qui ? \_\_\_\_\_

Quel État a émis cette carte ? \_\_\_\_\_ Si oui, quand a-t-elle été utilisée pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Est-ce que quelqu'un a obtenu des Services d'alimentation et de nutrition, des coupons alimentaires ou le programme d'Aide supplémentaire de nutrition (Supplemental Nutrition Assistance Program) dans ce comté, dans un autre comté ou État ?  Oui  Non

Si c'est le cas, qui est-ce ? \_\_\_\_\_ Quel comté ou État ? \_\_\_\_\_

Quand ont commencé les prestations ? \_\_\_\_\_ Quand ont-elles pris fin ? \_\_\_\_\_ Combien avez-vous obtenu ? \_\_\_\_\_

Est-ce qu'une personne participe à un programme de distribution d'alimentation ou appartient à une réserve indienne ?  Oui  Non

**Est-ce qu'une personne de votre ménage est dans une situation décrite ci-dessous ?**

**Veuillez cocher ce qui s'applique.**

Quelqu'un dans mon ménage :

Est un enfant en famille d'accueil Souhaitez-vous inclure cet enfant dans le dossier ?  Oui  Non Qui ? \_\_\_\_\_

Date du terme de la grossesse \_\_\_\_\_ Qui ? \_\_\_\_\_

Est dans un programme de traitement des addictions (alcool/drogue) Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne qui vit à la maison (employé(e)) qui prend soin d'une personne dans le ménage Qui ? \_\_\_\_\_

Loue une chambre chez vous Qui ? \_\_\_\_\_

Paie pour la nourriture et l'hébergement Qui ? \_\_\_\_\_

Ne satisfait pas les conditions des Services d'alimentation et de nutrition en Caroline du Nord ou dans un autre État Qui ? \_\_\_\_\_

Essaie d'éviter une poursuite criminelle pour acte délictueux grave ou qui fuit l'application de la loi  
Qui ? \_\_\_\_\_

Essaie d'éviter la prison après une condamnation pour acte délictueux grave Qui ? \_\_\_\_\_

Est en situation de violation des conditions de mise à l'épreuve ou de liberté conditionnelle Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne déclarée coupable de crime lié à la drogue, commis après le 22 août 1996 Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne condamnée pour avoir reçu de manière frauduleuse des prestations doubles dans tout État après le 22 août 1996  
Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne condamnée pour avoir échangé des prestations contre des armes à feu, des drogues, des munitions ou des explosifs après le 22 août 1996  
Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne condamnée pour avoir acheté ou vendu des prestations d'au moins 500 \$ après le 22 août 1996  
Qui ? \_\_\_\_\_

Est une personne en formation à mi-temps au moins dans un lycée technique, un centre de formation professionnelle, une école de métiers  
Qui ? \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Si vous n'êtes pas inscrit(e) sur la liste des électeurs là où vous vivez maintenant, souhaitez-vous

faire une demande d'inscription au registre ici aujourd'hui ?  Oui  Non **SI VOUS NE COCHEZ PAS L'UNE OU L'AUTRE DES CASES, NOUS CONSIDÉRERONS QUE VOUS AVEZ DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE AU REGISTRE DES ÉLECTEURS POUR LE MOMENT.**

**Quels sont les éléments d'actif dont disposent les membres de votre ménage ?**

Les éléments d'actif sont des objets de valeur que vous possédez tels que des espèces ou des comptes bancaires. Nous déterminerons si une vérification est nécessaire et si vous y avez accès. Veuillez cocher tous les éléments d'actif dont vous et les membres de votre ménage disposez ou possédez conjointement avec une personne n'appartenant pas au ménage.

Pour tous les éléments cochés ci-dessus, remplissez les cases ci-dessous :

Type d'élément d'actif	À qui cela appartient-il ?	Valeur ou estimation	Raison sociale et Numéro de compte
<input type="checkbox"/> Espèces			
<input type="checkbox"/> Compte courant et/ou compte épargne			
<input type="checkbox"/> Comptes de retraite			
<input type="checkbox"/> Fonds commun de placement ou fonds fiduciaires			
<input type="checkbox"/> Contrats d'enterrement prépayés			
<input type="checkbox"/> Certificats de dépôt (CD)			
<input type="checkbox"/> Actions ou obligations			

Mon ménage ne possède aucun de ces éléments d'actifs énumérés

Est-ce qu'une personne de votre ménage a transféré des éléments d'actifs pendant les 3 derniers mois afin de recevoir les Services d'alimentation et de nutrition ?

Oui  Non

**Quelle somme les personnes de votre ménage obtiennent-elles du travail ?**

Cette question concerne le travail à plein temps, à temps partiel, le travail à la journée, le travail temporaire, le programme d'alternance travail-études, le travail au pourboire.

Est-ce que quelqu'un travaille dans votre ménage ?  Oui  Non

Nom	Employeur (Nom, adresse, numéro de téléphone si possible)	Début Date	Salaire brut (salaire avant impôts)	Périodicité de la paie ?	Quelle est la date à laquelle vous avez reçu votre dernier salaire ?	Jour de paie hebdomadaire ?	Horaires par semaine ?	Jours travaillés par semaine ?

Veuillez fournir une vérification pour les mois précédents. Exemple : si nous sommes en juin, nous aurons besoin de la vérification de TOUTES les paies reçues au mois de mai. Ne tardez pas à remettre votre demande si vous n'avez pas le justificatif, vous pouvez le remettre plus tard.

Un membre de votre ménage est-il un travailleur indépendant ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Voici des exemples, garder des enfants, vendre Avon ou d'autres produits, faire des travaux d'agriculture, travailler dans un salon de coiffure, louer des maisons, accomplir des travaux de jardinage pour d'autres personnes ou effectuer des travaux divers.

Nom	Début Date	Raison sociale	Genre d'entreprise	Revenu mensuel brut	Dépenses mensuelles

Veuillez fournir un justificatif des déclarations d'impôt de l'année précédente. Si les déclarations d'impôt ne sont pas disponibles, apportez un justificatif de revenu et des reçus pour frais professionnels pour les 12 derniers mois. Ne tardez pas à remettre votre demande si vous n'avez pas le justificatif : en effet vous pouvez le remettre plus tard.

Une personne est-elle sur le point de commencer un nouvel emploi ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Nom	Employeur (Nom, adresse, numéro de téléphone si possible)	Début Date	Salaire brut (salaire avant impôts)	Périodicité de la paie ?	Date à laquelle vous avez reçu votre 1er salaire ?	Jour de paie du salaire hebdoma- daire ?	Horaires par semaine ?	Jours travaillés par semaine ?

Une personne a-t-elle cessé le travail au cours des 30 derniers jours ?  Oui  Non Si c'est le cas, veuillez remplir ci-dessous.

Nom	Employeur (Nom, adresse, numéro de téléphone si possible)	Date de fin	Date à laquelle vous avez reçu ou vous recevrez votre dernier salaire ?	Montant brut du dernier salaire	Motif de cessation de travail ?

Un membre est-il migrant ou travailleur agricole saisonnier ?  Oui  Non Si c'est le cas, qui est-ce ? \_\_\_\_\_

Date à laquelle vous avez commencé à travailler ? \_\_\_\_\_

Lieu de travail et numéro de téléphone ? \_\_\_\_\_

Une personne est-elle en grève ?  Oui  Non Si c'est le cas, qui est-ce ? \_\_\_\_\_

Dernier jour travaillé ? \_\_\_\_\_ Lieu où vous avez travaillé et numéro de téléphone ? \_\_\_\_\_

#### Quelle somme les personnes de votre ménage gagnent-elles ailleurs qu'au travail ?

Nous avons besoin de connaître le montant de vos revenus (espèces ou chèques) non issus du travail. Veuillez cocher toutes vos sources de revenus suivantes qui s'appliquent.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paiements provenant d'une adoption, du statut de famille d'accueil ou d'un gardiennage   | <input type="checkbox"/> Sécurité sociale   |
| <input type="checkbox"/> Rentes, pensions ou retraites  | <input type="checkbox"/> Assistance spéciale (SA)   |
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire  | <input type="checkbox"/> Revenus de sécurité supplémentaires (SSI)                              |
| <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfant provenant d'un parent <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfant provenant d'un tribunal | <input type="checkbox"/> Indemnisation du chômage   |
| <input type="checkbox"/> Bourses d'étude  | <input type="checkbox"/> Prestations aux anciens combattants                                    |
| <input type="checkbox"/> Allocation militaire   | <input type="checkbox"/> Programme Work First/TANF (Aide temporaire aux familles nécessiteuses) |
| <input type="checkbox"/> Argent provenant d'amis ou de parents qui n'est pas considéré comme un prêt et que vous ne devez pas rembourser                                  | <input type="checkbox"/> Intérêts et Dividendes   |
| <input type="checkbox"/> Paiements pour la vente d'un actif (tel qu'une voiture, un bateau, une mobile-home ou maison)  | <input type="checkbox"/> Indemnisation des accidentés du travail                                |
| <input type="checkbox"/> Prestation invalidité privée   | <input type="checkbox"/> Autre _____  |
|   | <input type="checkbox"/> Mon ménage ne reçoit aucune autre source de revenu                     |

Pour tous les éléments cochés ci-dessus, remplissez les cases ci-dessous :

Nature des fonds obtenus	Qui obtient l'argent ?	Qui donne l'argent ?	Numéro de téléphone et adresse de personne/organisme qui vous donne de l'argent ?	Combien ?	À quelle fréquence ?	Date à laquelle vous avez reçu le dernier paiement ?

Est-ce que parmi les revenus énumérés ci-dessus, l'un d'eux est une pension alimentaire pour enfant ?  Oui  Non Si c'est le cas, est-ce que la pension alimentaire a été décidée par un tribunal ?  Oui  Non

Si c'est le cas, quel est le numéro de l'ordonnance du tribunal \_\_\_\_\_ Date à laquelle elle a été établie \_\_\_\_\_ Montant obligatoire \_\_\_\_\_

**Veillez nous parler des factures de votre ménage.**

Veillez remplir cette section concernant toutes les dépenses de votre ménage.

Type de dépense	Nom, adresse, numéro de téléphone de la personne à laquelle vous payez la facture	Montant facturé	Fréquence des paiements ?	Qui paie la facture ?
Loyer ou prêt hypothécaire				
Loyer de terrain				
Impôts fonciers (Si ce n'est pas inclus dans le prêt hypothécaire)				
Assurance des propriétaires occupants (si ce n'est pas inclus dans le prêt hypothécaire)				
Factures des propriétaires				

Cochez les cases correspondant au coût utilitaire que votre ménage doit payer.

- Électricité     Gaz (de pétrole liquéfié ou propane)/gaz naturel  
 Eau/Égouts     Ordures/Déchets

Excès aux services publics (logements sociaux)

Téléphone/téléphone mobile Nom de l'opérateur téléphonique ? \_\_\_\_\_

Êtes-vous responsable du paiement des factures de chauffage ou de climatisation de votre maison ?  Oui  Non

Comment chauffez-vous votre maison ? (Cochez une case)

- Électricité                       Gaz naturel                       Kérosène                       Bois  
 Gaz de pétrole liquéfié ou propane                       Charbon                       Pétrole                       Autres \_\_\_\_\_

Avez-vous été membre d'un ménage qui recevait un chèque LIEAP (Programme d'aide aux impayés d'énergie pour les ménages à faibles revenus) à votre adresse actuelle dans les 12 derniers mois ?  Oui  Non

Recevez-vous une aide du Département du logement et du développement urbain (HUD) ou de la section 8 ?

Oui  Non

**Aide pour payer les factures**

Est-ce qu'une agence, un organisme ou une personne (y compris la Section 8) en dehors de votre ménage aide à payer un de vos loyers ou factures de services publics ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Quelle facture est payée ?	Nom, adresse, numéro de téléphone de la personne qui paie la facture ?	L'argent vous a-t-il été remis ?	Somme payée ?	Fréquence des paiements ?	Date du dernier paiement ?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

**Veillez nous parler de vos autres factures**

Est-ce que vous ou une autre personne de votre ménage payez des soins pour enfant ou adulte handicapé ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Qui reçoit les soins ?	Qui paie les soins ?	Nom, adresse et numéro de téléphone du prestataire de soins de santé/de la personne qui garde les enfants	Somme payée ?	À quelle fréquence ?	Date de début ?	Motif des soins ?	Date du dernier paiement ?	Nombre d'heures par semaine

Un organisme, une organisation ou une personne (y compris les Services sociaux) en dehors de votre ménage vous aident-ils à régler vos factures de garde d'enfants ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Quelle facture est payée ?	Nom, adresse, numéro de téléphone de la personne qui paie la facture ?	Somme payée ?	Fréquence des paiements ?	Date du dernier paiement ?

**Ordonnance d'un tribunal en faveur d'une pension alimentaire pour enfants**

Votre ménage paie-t-il une pension alimentaire décidée par un tribunal pour des enfants hors de votre maison ? Inclut l'ordonnance par la cour des paiements d'assurance maladie  Oui  Non Si c'est le cas, répondez aux questions ci-dessous.

Qui paie la pension alimentaire pour enfant ?	Nom de l'enfant ?	Nom, adresse, numéro de téléphone de la personne qui paie la pension alimentaire pour l'enfant ?	Somme payée ?	Date de début ?	Fréquence des paiements ?	Date du dernier paiement ?

**Factures des soins médicaux pour les personnes handicapées ou pour les personnes âgées de 60 ans et plus**

*(Une personne handicapée obtient généralement des prestations d'invalidité provenant d'une agence gouvernementale telle que la Sécurité sociale, le Revenu supplémentaire de sécurité (SSI), les prestations aux anciens combattants pour une invalidité totale ou l'assurance maladie Medicaid pour les personnes invalides.)*

Y a-t-il une personne de 60 ans ou plus ou une personne invalide ?  Oui  Non Si c'est le cas, qui est-ce ? \_\_\_\_\_. Quand l'invalidité a-t-elle commencé ? \_\_\_\_\_.

Si oui, nous avons besoin de connaître les factures de soins médicaux que vous avez ou que vous devez payer. Les factures de soins médicaux comprennent, sans y être limitées :

les primes d'assurance hospitalière et de santé ou quotes-parts

la prescription et les médicaments en vente libre et les fournitures médicales telles qu'aspirine, matériel pour diabétique, lunettes

la nourriture et/ou soins vétérinaires pour un animal aidant

la location et l'achat de fournitures et d'appareils médicaux

le transport et l'hébergement pour recevoir un traitement médical

les lunettes et lentilles de contact prescrites

les primes Medicare

les prothèses dentaires, appareils auditifs et prothèses

les factures d'hôpital et factures de médecin

les paiements aux aides, aux tiers aidants et à des infirmières

les soins dentaires et médicaux

Type de dépenses ?	Quand la dépense a-t-elle commencé ?	Nom, adresse, numéro de téléphone du prestataire de soins médicaux ?	Somme payée ?	Fréquence des paiements ?	Date du dernier paiement ?

Un organisme, une organisation ou une personne (y compris les Services sociaux) en dehors de votre ménage vous aident-ils à régler une partie de vos frais médicaux ?  Oui  Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Qui paie la facture ? \_\_\_\_\_ Quelle facture est payée ? \_\_\_\_\_ Montant par mois ? \_\_\_\_\_

Qui paie la facture ? \_\_\_\_\_ Quelle facture est payée ? \_\_\_\_\_ Montant par mois ? \_\_\_\_\_

En signant cette demande, j'affirme que :

1. J'ai dit la vérité sur ce formulaire.
2. Je connais les règles des Services d'alimentation et de nutrition et je sais ce que je dois faire pour obtenir les Services d'alimentation et de nutrition.
3. J'accepte de donner des informations à propos de ce que j'ai dit afin que ma demande soit traitée. J'ai conscience du fait que les informations que je donne peuvent être divulguées à d'autres agences fédérales et d'État à des fins d'examen officiel et aux agents des forces de l'ordre aux fins de l'appréhension des personnes en fuite pour se soustraire à la loi.
4. Je donne la permission aux services sociaux d'obtenir la preuve de ce que j'ai dit auprès de toute personne, agence ou entreprise, d'autres personnes, agences ou sociétés, y compris, sans toutefois s'y limiter : des employeurs, banques, organismes d'épargne, propriétaires de logements en location, etc.
5. J'ai donné des informations exactes à propos du statut d'immigration/de citoyenneté de tous les individus pour lesquels j'ai fait une demande.
6. Je comprends que mes dépenses peuvent être utilisées pour calculer le montant de mes Services d'alimentation et de nutrition. Si je ne dis pas la vérité à propos de mes dépenses et/ou si je n'apporte pas de justificatif, elles peuvent ne pas être utilisées dans le budget destiné au calcul du montant de mes prestations.
7. J'ai reçu, lu et je comprends le formulaire d'informations sur le Programme ainsi que les Droits et Responsabilités.
8. **J'ai conscience des pénalités pour violation intentionnelle des programmes** Les personnes reconnues coupables d'une infraction intentionnelle à un programme par une audience de disqualification administrative ou un tribunal fédéral, étatique ou local, ne pourront pas prétendre aux prestations des Services d'alimentation et de nutrition :  
**Pour une période de douze mois pour la première infraction intentionnelle, de vingt-quatre mois pour la deuxième et de manière permanente pour la troisième violation intentionnelle.**

**Infractions supplémentaires au programme :**

- . Si vous vous servez de vos prestations d'assistance alimentaire pour acheter des articles non alimentaires, par exemple de l'alcool ou des cigarettes, ou pour payer des comptes de crédit, vous perdrez vos prestations.
- . Donner sciemment de fausses informations peut également nous conduire à réduire vos prestations ou vous pouvez être obligé(e) de rembourser les prestations ou faire l'objet de poursuites criminelles ou d'une perte du droit aux prestations pendant vingt-quatre mois.
- . Si un tribunal vous reconnaît coupable d'avoir échangé des Services d'alimentation et de nutrition contre des substances réglementées, vous perdrez le droit aux Services d'alimentation et de nutrition pendant deux ans lors de la première infraction.
- . Si un tribunal vous reconnaît coupable d'avoir acheté, vendu ou négocié plus de 500 \$ de services d'alimentation et de nutrition, d'avoir échangé des prestations pour des armes à feu, de la drogue, des munitions ou des explosifs après le 22 août 1996, vous pouvez perdre définitivement le droit aux Services d'alimentation et de nutrition.
- . Vous n'obtiendrez pas de Services d'alimentation et de nutrition pendant 10 ans si vous êtes reconnu(e) coupable d'avoir obtenu ou d'essayer d'obtenir des Services d'alimentation et de nutrition pour plus d'un ménage à la fois. Cette pénalité intervient si vous donnez de fausses informations sur votre identité et votre lieu de résidence.
- . Si un tribunal vous reconnaît coupable d'avoir échangé des Services d'alimentation et de nutrition contre des substances réglementées, vous perdrez les Services d'alimentation et de nutrition de manière définitive à la deuxième reprise.
- . Si vous enfreignez intentionnellement une des règles ci-dessus, vous pouvez ne pas obtenir les Services d'alimentation et de nutrition de manière permanente et vous pouvez être contraint(e) de payer une amende de 250 000 \$ et/ou être condamné(e) à une peine de prison allant jusqu'à 20 ans. Si le tribunal l'ordonne, vous pouvez aussi être déclaré(e) non admissible au bénéfice des Services d'alimentation et de nutrition pendant 18 mois supplémentaires.

Signature	Date
Signature du témoin (si la signature ci-dessus est une X)	Date
Signature de l'agent de traitement des dossiers et numéro de district	Date